申　立　書

年　　　月　　　日

神奈川県がん・疾病対策課長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（相続人代表者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　私は、下記被相続人への特定医療費については、私が相続人代表者として受領しますので、下記口座に振込み願います。

なお、本件につきまして、万が一、他の相続人と紛議が生じても相続人間で解決するものとし、私が一切の責任を負うことを申し立てます。

１　被相続人（患者氏名）

　　被相続人氏名

　　死亡年月日　　　　年　　月　　日死亡

　　死亡時の住所

２　振込指定口座

　　金融機関名

支店名

　　口座番号

　　口座名義人（カナ）

　※添付書類

　　相続人であることを確認できる書類（戸籍謄本等）

備考

　１　死亡時の住所欄には、死亡時の住民票上の住所を記入してください。

　２　振込指定口座欄には、申立人の口座を記入してください。